Rok XXXVII. Kraków 20. Sierpnia 1898. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O drogach przewodzenia i istocie padaczki korowej (epilepsyi Jacksona).

Podał

Prof. Dr. Jan Prus,

Dyrektor Instytutu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego.

(Według wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiem we Lwowie dnia 10 czerwca 1898, a zapowiedzianego na Zjazd lekarzy i przyrodników, mający się odbyć w Poznaniu r. b.).

Zajmując się badaniem skutków wyłączenia fizyologicznej czynności wątroby, dokonanego przez wstrzyknięcie rozcieńczonego kwasu siarkowego do przewodu żółciowego i śledząc zachowanie się parcia krwi wśród wstrzykiwań, miałem sposobność spostrzegania napadów padaczkowych, które czasem w ciągu doświadczenia samoistnie występowały. Wobec tego, że otrzymane krzywe przedstawiające parcie krwi w przebiegu napadu padaczkowego nie zgadzały się w zupełności z obrazem, jaki François-Franck, Féré, Unverricht i inni podają, postanowiłem zbadać dokładnie zachowanie się parcia krwi w padaczce. Później atoli, im więcej sprawą tą się zajmowałem, rozszerzyłem znacznie pierwotny zakres mych badań, a nie zadowalniając się już tylko stwierdzeniem pewnych szczegółów, odnoszących się do parcia krwi, starałem się wniknąć we właściwą istotę padaczki.

Do badań w tym kierunku zachęciła mię i ta okoliczność, że na jedno z głównych pytań, tyczących się padaczki, a mianowicie na pytanie: „ubi est morbus?“ — nie mamy dotychczas jeszcze zgodnej odpowiedzi. Jak wiadomo Marshall-Hall, Schröder van der Kolk, Nothnagel i inni uważają za siedzibę padaczki rdzeń przedłużony, a mianowicie most Varola; natomiast Jackson, Fritsch i Hitzig, Ferrier, a przedewszystkiem Unverricht, który na Zjeździe internistów w Berlinie, rok temu właśnie, miał wykład o padaczce, dowodzą, że siedzibą tej choroby jest kora mózgowa, podczas gdy Binswanger, Ziehen, Jolly hołdują teoryi, tak zwanej mieszanej.

Że przez podrażnienie elektryczne kory mózgowej, zwłaszcza w zakresie sfery ruchowej, sprowadzić możemy typowy napad padaczkowy, o tem już chyba dziś nikt nie wątpi. Fakt ten stwierdzono także u człowieka (Bartholow). Również z pewnością nikt temu niema nic do zarzucenia, że napady wywołane przez podrażnienie kory mózgowej, nazwano padaczką korową (epilepsia corticalis, Rindenepilepsie) lub padaczką Jacksona. Czy jednak siedzibą tej, tak zwanej padaczki korowej, jest istotnie kora mózgowa, to jest pytanie, nad którem godzi się głębiej zastanowić. Jakkolwiek bowiem w padaczce korowej punktem wyjścia napadu jest niewątpliwie kora, to jednak siedziba głównego mechanizmu, któremu właściwie napad padaczkowy zawdzięcza swe powstanie, istnieć może w innych częściach układu nerwowego, — a nie w korze, — podobnie jak w napadzie padaczkowym, wywołanym przez podrażnienie nerwu kulszowego, mechanizm napadu nie mieści się wcale w nerwie kulszowym, chociaż nerw ten był punktem wyjścia padaczki.

Nasuwające się tu wątpliwości tem trudniej usunąć o ile nie wiemy dokładnie, po pierwsze: jakiemi drogami podrażnienie, wychodzące z pewnego miejsca kory mózgowej, przenosi się na inne części mózgu, rdzeń przedłużony i pacierzowy i uogólnia się tak, że dochodzi do wszystkich niemal mięśni prążkowanych i gładkich, a powtóre — o ile również nie wiemy, czy przykładając elektrody do kory mózgowej w zakresie sfery ruchowej, drażnimy wprost komórki ruchowe lub włókna ruchowe, czy też komórki względnie włókna czulne?

W przekonaniu, że rozwiązanie tych dwóch powyższych pytań przyczynić się może niepomiernie do wyświecenia patogenezy padaczki, postanowiłem przedewszystkiem wyśledzić, jaką drogą odbywa się przewodzenie padaczki korowej, oraz zbadać od podrażnienia jakichto pierwiastków w korze zależy napad padaczki?

Wobec tego, że według Unverrichta w korze mózgowej jest nietylko punkt wyjścia napadu padaczkowego, ale i właściwa siedziba padaczki i że podrażnienie jakiegoś punktu kory rozprzestrzenia się z jednostajną szybkością we wszystkich kierunkach po powierzchni kory, w kształcie kół współśrodkowych, należało w pierwszym rzędzie zbadać, czy droga przewodzenia i uogólniania się napadu padaczkowego jest istotnie powierzchnia kory mózgowej.

Dla dokładnego przedstawienia rzeczy niezbędnym jest krótki opis metody badania i skreślenie teoryi Unverrichta.

Unverricht, drażniąc prądem przerywanym rozmaite miejsca kory mózgowej psa i śledząc sposób powolnego uogólniania się napadu padaczkowego, zauważył, że kurcze padaczkowe pojawiają się najprzód w tych mięśniach, których ośrodek ruchowy w korze zadrażniono; następnie drgają te mięśnie, których ośrodki leżą tuż obok miejsca podrażnienia, poczem zaczynają kurczyć się te mięśnie, których ośrodki znajdują się w dalszym okręgu od punktu zadrażnienia, gdy wreszcie wszystkie już mięśnie po przeciwległej stronie drażnienia wzięły udział w napadzie padaczkowym, przenosi się on na drugą stronę ciała, rozpoczy-

nając się zawsze od kurczów w łapce tylnej i przechodząc następnie na łapkę przednią, a wreszcie na mięśnie głowy. Ze względu, że porządek, w którym poszczególne mięśnie wśród napadu padaczkowego w grę wchodzą, ma odpowiadać anatomicznemu ugrupowaniu ośrodków ruchowych w korze, określił Unverricht sposób uogólniania się napadu padaczkowego, a więc sposób, jak sądzi, rozszerzania się podniety w korze, mianem „prawa irradyacyi“ w korze. Zdaniem Unverrichta, po wycięciu pewnych ośrodków ruchowych w korze, napady są zniekształcone, gdyż mięśnie, których ośrodki ruchowe wycięto, nie biorą udziału w napadzie padaczkowym. Po całkowitem zniszczeniu sfery ruchowej w jednej półkuli napady stają się najczęściej tylko jednostronne, jeżeli zaś pojawi się napad obustronny, to kurcze, występujące po stronie przeciwległej odnośnie do półkuli zniszczonej, są tylko wyrazem ubocznych przypadkowych drgań, czyli wyrazem tak zwanych kurczów wtórorzędnych. Po usunięciu sfery ruchowej z obu półkul mózgowych nie można żadną miarą wywołać napadu padaczkowego. Z miejsc kory mózgowej, leżących poza sferą ruchową, n. p. z płatu potylicznego, można czasem wywołać napad padaczkowy, jeżeli sfera ruchowa nie jest zniszczoną; trzeba atoli użyć w ogólności znaczniejszej siły prądu.

Na podstawie tego rodzaju doświadczeń twierdzi Unverricht, że kora mózgowa jest głównym narządem, który nietylko ma znaczenie dla powstawania napadów padaczkowych, lecz także dla dalszego ich rozwoju i uogólnienia się; że każdy zupełny napad padaczkowy składa się z dwóch części, które odźwierciadlają kolejne podrażnienie obu półkul mózgowych; że główny mechanizm napadu padaczkowego t. j. kurczów tężcowych (tonicznych) i drgawkowych (klonicznych) mieści się w korze, że drogą przewodzenia i uogólnienia się napadu padaczkowego jest kora mózgowa, i że to przewodzenie padaczki korowej odbywa się w korze według t. z. prawa irradyacyi. W myśl tej teoryi wyobraża sobie Unverricht, że przewodzenie padaczki w korze rozchodzi się po powierzchni kory podobnie, jak rozchodzą się fale po powierzchni wody z miejsca, do którego wrzucono kamień, a zarazem porównywuje korę osoby cierpiącej na padaczkę do powierzchni wody, korę zaś osób mniej skłonnych do napadu padaczkowego uważa za podobną do powierzchni piasku.

Jakkolwiek Unverricht opiera swe wywody na poważnej liczbie, bo przeszło 400 doświadczeń, to jednak jego tak zwane „prawo irradyacyi w korze“ spotkać się musi z następującymi zarzutami:

1) Napady padaczkowe nie uogólniają się zawsze w ten sposób, jak to Unverricht podaje. Na tę okoliczność zwrócił już uwagę Binswanger, wykazując, że typ uogólniania się napadów, skreślony przez Unverrichta, zdarza się zaledwie w 35% przypadków padaczki. Również Bubnoff, Heidenhain i Ziehen zauważali odmienny sposób uogólniania się napadów padaczkowych. Na podstawie własnych doświadczeń powiedzieć mogę, że napady te nie uogólniają się według jakiegoś stałego prawa, a co więcej, że nawet w jednym i tym samym przypadku, mimo drażnienia ściśle pewnego tylko ośrodka ruchowego w korze, kurcze padaczkowe rozprzestrzeniają się często według odmiennego porządku, jak niemniej, że porządek kurczów drgawkowych (klonicznych), które zwykle po kurczach tężcowych (tonicznych) się zjawiają, nie licuje z porządkiem w jakim kurcze tężcowe wystąpiły. Dokładne spostrzeżenia kliniczne padaczki Jacksona wskazują również, że sposób uogólniania się drgawek padaczkowych jest najrozmaitszy, o czem sam w wielu przypadkach przekonać się mogłem. Wprawdzie Unverricht stara się wytłómaczyć te przypadki, które nie stosują się do jego prawa irradyacyi przypuszczeniem, że podnieta rozchodzi się wyjątkowo w pewnych kierunkach szybciej, to jednak tłómaczenie to zasługuje co najwyżej na nazwę teoryi pomocniczej.

2) Mimo zniszczenia pewnego ośrodka ruchowego w korze biorą udział w napadzie padaczkowym odpowiednie mięśnie, jeżeli tylko podrażniono korę mózgową dostatecznie silnie. Nawet po całkowitem prawie wyłuszczeniu jednej półkuli mózgowej pojawiają się najczęściej napady obustronne. Wprawdzie u niektórych psów, zwłaszcza u psów legawych, występują zwykle napady połowicze; zdarza się to atoli tak dobrze przed wyłuszczeniem jak i po wyłuszczeniu półkuli mózgowej. W tych więc przypadkach pojawienie się napadu jednostronnego po zniszczeniu jednej półkuli niczego jeszcze nie dowodzi. Unverricht stara się wytłómaczyć pojawienie się obustronnych drgawek, mimo zniszczenia jednej półkuli, przypuszczeniem, że w tych przypadkach występują t. zw. drugorzędne kurcze drgawkowe i tężcowe z powodu podrażnienia rdzenia pacierzowego, opierając się na spostrzeżeniu, że nawet po przecięciu odpowiedniej połowy rdzenia pacierzowego drgawki te nie ustają. Mojem atoli zdaniem słuszne to spostrzeżenie należy w inny sposób wytłumaczyć, jak to później wyłuszczę. — Jeżeli wśród napadu padaczkowego wytnie się całą sferę ruchową po obu stronach, to napad mimo tego przebiega dalej w sposób zwykły.

3) Po okrojeniu pewnego ośrodka ruchowego w korze i po zadrażnieniu okrojonej części kory, uogólnia się napad w ten sam zwykle sposób, jak przed okrojeniem. Gdyby więc przewodzenie padaczki korowej odbywało się w kierunku promieni, wychodzących z punktu podrażnienia, po powierzchni kory, to oczywiście nie mógłby się napad padaczkowy uogólnić. — Jeżeli cienką rurkę szklanną o średnicy 2 ctm. wciśnie się jednym końcem w głąb kory mózgowej tak, że w świetle rurki mieści się jakiś ośrodek ruchowy, i jeżeli następnie ośrodek tak odosobniony zadrażni się prądem przerywanym, to albo nie pojawi się wcale napad, albo też pojawia się napad padaczkowy uogólniający się w sposób zwykły, chociaż stan czynny podrażnionego ośrodka nie mógł się bez wątpienia przedostać przez ścianę rurki szklanej na sąsiednią część powierzchni kory mózgowej. — Jeżeli oddzieliłem płat potyliczny od płatu czołowego głębokim rowem, wypalonym przy pomocy termokauteru Paquelina i jeżeli następnie zadrażniłem prądem elektrycznym płat potyliczny, występował zwykle typowy napad padaczkowy, uogólniający się według tego samego porządku, jak przedtem.

4) Badając zachowanie się stanu czynnego w korze mózgowej wśród napadu padaczkowego bądźto zapomocą galwanometru, w sposób, jak to czynili Prof. Cybulski i Beck, bądź też za pomocą przykładania na korę świeżo wyciętego nerwu kulszowego, pozostającego w związku z mięśniami łapki żaby, przekonałem się, że wsteczne wahanie igły magnetycznej, a względnie kurcze łapki żabiej (drgawkowe i tężcowe) czasem istotnie się zjawiały, częściej atoli

otrzymywałem wyniki, wskazujące na brak istnienia stanu czynnego w korze mózgowej w zakresie sfery ruchowej wśród napadu padaczkowego. Skoro więc wśród najsilniejszych nawet kurczów padaczkowych stałych, a zwłaszcza drgawkowych brak jest stanu czynnego w korze mózgowej w zakresie sfery ruchowej, to zaiste trudno przypuścić, aby przewodzenie padaczki korowej, t. j. przewodzenie stanu czynnego, odbywało się po powierzchni kory mózgowej, — a tem mniej, by siedzibą padaczki, tej burzy, jak się Unverricht wyraża, szalejącej w zakresie układu nerwowego, była kora mózgowa.

Zarzuty powyższe wystarczają w zupełności do wykazania, że tak zwane „prawo irradyacyi w korze“ nie wytrzymuje krytyki i że przewodzenie padaczki korowej nie odbywa się po powierzchni kory mózgowej w kształcie kręgów współśrodkowych.

Przekonawszy się, że kora mózgowa nie odgrywa czynnej roli w uogólnianiu się napadu padaczkowego, tj. w przewodzeniu padaczki korowej, zająłem się szczegółowo pytaniem, czy drogami przewodzenia padaczki korowej są drogi piramidalne?

Przyznam się otwarcie, że stawiając sobie to pytanie byłem najgłębiej przeświadczony o ważności dróg piramidalnych dla przewodzenia tej podniety, przy pomocy której z kory wywołujemy z taką łatwością napad padaczkowy. Wszak drogi piramidalne, to drogi *par excellence* ruchowe, po których podnieta, działająca na sferę ruchową kory, przenosi się na rdzeń przedłużony i pacierzowy! Chcąc jednak z całą ścisłością odpowiedzieć na powyższe pytanie, przedsięwziąłem szereg dość mozolnych, a pod względem techniki operacyjnej trudnych doświadczeń, w których przecinałem drogi piramidalne po jednej stronie ciała, a mianowicie: 1) w torebce wewnętrznej (capsula interna), 2) w szypułce mózgowej (pedunculus cerebri), 3) w moście Varola, 4) w piramidach i 5) w rdzeniu pacierzowym. Doświadczenia wykonywałem wyłącznie na psach, przywiązanych na stoliku wiwisekcyjnym Klebsa, przez co był umożliwionym nietylko swobodny dostęp od strony grzbietu i od strony brzusznej, lecz także spostrzegać mogłem najdokładniej każdy ruch w jakiejkolwiekbądź części ciała. Aby nie zmienić pobudliwości kory mózgowej, musiałem oczywiście wszystkie doświadczenia wykonywać bez usypiania zwierzęcia.

1) Po przecięciu torebki wewnętrznej, według metody Dureta i Veyssièrea i po zadrażnieniu prądem przerywanym odsłoniętej kory mózgowej psa w zakresie sfery ruchowej, występowały napady padaczkowe uogólniające się mniej więcej w podobny sposób, jak przed przecięciem torebki wewnętrznej, bez względu na to, czy drażniłem korę po stronie przecięcia, czy po stronie przeciwległej.

2) Aby przeciąć drogi piramidalne w szypułce mózgowej (pedunculus cerebri), postępowałem w sposób następujący: Wykonawszy u psa tracheotomię, przecinałem mięśnie języka, przyczepiające się do szczęki dolnej po jednej stronie, a następnie wydobywałem język z jamy pyskowej przez otwór rany w ten sposób, że po przecięciu kości gnykowej i mięśni, w tejże okolicy się znajdujących, oraz po podłużnem rozcięciu górnej części przełyku i podniebienia miękkiego, torowałem sobie dostęp do podstawy czaszki, t. j. do trzonu kości potylicznej i klinowej. Przy pomocy odpowiedniego trepanu robiłem otwór w trzonie kości klinowej, wypiłowywując siodełko tureckie (sella turcica), poczem przez ostrożne przecięcie twardej opony, odsłaniałem szypułkę mózgowa (pedunculus cerebri).

Po przecięciu środkowej części szypułki mózgowej t. j. tej części, w której mieszczą się drogi piramidalne, jak niemniej po przecięciu całej szypułki mózgu, a więc nie tylko dróg piramidalnych, ale także dróg biegnących od płatu czołowego, skroniowego i potylicznego do mostu Varola (frontale Brückenbahn, temporo-occipitale Brückenbahn) i po zadrażnieniu kory, pojawiały się napady padaczkowe obustronne, bez względu na to, czy drażniłem korę po stronie przecięcia, czy po stronie przeciwległej.

3) Połowicze przecięcie mostu Varola, bądź to w górnej, bądź też w środkowej lub dolnej części, nie przeszkadza pojawieniu się kurczów padaczkowych obustronnych po zadrażnieniu którejkolwiek półkuli mózgowej. Dodać winienem, że most Varola oraz piramidy odsłaniałem w podobny sposób, jak szypułkę mózgową, z tą tylko różnicą, że otwór trepanacyjny robiłem w trzonie (pars basilaris) kości potylicznej.

4) Przecięcie jak niemniej wycięcie jednej piramidy na znaczniejszej przestrzeni niema żadnego wpływu na przebieg napadów padaczkowych.

5) Przecięcie sznurów bocznych rdzenia pacierzowego, oraz zupełne przecięcie jednej połowy rdzenia pacierzowego w którejkolwiekbądź wysokości, nie przeszkadza pojawieniu się obustronnych kurczów padaczkowych.

Z powyższych doświadczeń wynika, że jednostronne zniszczenie dróg piramidalnych nie przeszkadza uogólnieniu się napadu padaczkowego i to nietylko po zadrażnieniu przeciwległej półkuli mózgowej, ale także po zadrażnieniu kory po stronie przecięcia dróg piramidalnych.

Pragnąc wytłómaczyć sobie tego rodzaju wynik mych doświadczeń, przypuścić musiałem, że u psa istnieje albo obustronne unerwienie w korze mózgowej dla wszystkich mięśni ciała i że podrażnienie kory przenosi się przez włókna komisuralne najprzód na drugą półkulę, w razie przerwy drogi piramidalnej po stronie drażnienia, — albo też, że przewodzenie padaczki korowej, w razie przerwania drogi piramidalnej po jednej stronie, odbywa się inną, bliżej nieznaną mi, drogą odśrodkową, mianowicie ruchową.

Celem rozstrzygnięcia, które z tych przypuszczeń jest słuszne, należało zniszczyć drogi piramidalne równocześnie po obu stronach. Po obustronnem zniszczeniu dróg piramidalnych, otrzymałem wyniki następujące:

1) Przecięcie dróg piramidalnych w obu szypułkach mózgowych, jak niemniej przecięcie obu szypułek mózgowych, a więc przerwanie dróg nietylko piramidalnych, ale także dróg biegnących od płatu czołowego, skroniowego i potylicznego do mostu Varola, nie przeszkadza pojawieniu się obustronnego napadu padaczkowego po zadrażnieniu kory mózgowej.

2) Poprzeczne przecięcie mostu Varola bądź to w górnej, bądź też w środkowej lub dolnej

części, sięgające od strony mostu, zwróconej ku podstawie czaszki, tak daleko w głąb mostu, że drogi piramidalne na pewne były przerwane, nie wstrzymuje pojawienia się napadów padaczkowych obustronnych po zadrażnieniu którejkolwiek półkuli mózgu.

3) Zupełne przecięcie obu piramid, a nawet wycięcie obu piramid na znaczniejszej przestrzeni, nie przeszkadza pojawieniu się napadu padaczkowego po zadrażnieniu kory mózgowej.

Wobec tego, że obustronne zniszczenie dróg piramidalnych nie przeszkadza pojawieniu się napadu padaczkowego obustronnego, t. j. nie przeszkadza przeniesieniu się podniety z kory mózgowej aż do mięśni, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że drogi, po których przewodzenie padaczki korowej w przypadku obustronnej przerwy dróg piramidalnych się odbywa, leżą poza obrębem dróg piramidalnych, oraz poza obrębem dróg t. zw. mostowych (Brückenbahnen). Drogi te, oczywiście ruchowe, nazwijmy dla odróżnienia od dróg piramidalnych i mostowych **drogami pozapiramidalnemi** (Extra-Pyramidenbahnen).

Z tego atoli nie wynika jeszcze, że drogi piramidalne w prawidłowych warunkach, t. j. wtedy, gdy są nietknięte, nie przewodzą do rdzenia przedłużonego i pacierzowego tej podniety, która z kory mózgowej wychodząc, wywołuje napad padaczkowy; możliwą bowiem jest rzeczą, że w prawidłowych warunkach podnieta z kory przenosi się albo równocześnie drogami piramidalnemi i drogami pozapiramidalnemi, albo też z reguły tylko drogami piramidalnemi, i że dopiero wyjątkowo, a mianowicie dopiero po zniszczeniu dróg piramidalnych, wchodzą w grę drogi pozapiramidalne w charakterze dróg zastępczych.

Aby więc stanowczo rozstrzygnąć pytanie, czy nietknięte drogi piramidalne pośredniczą w przewodzeniu padaczki korowej, a co dotychczas uchodzi za pewnik, należało w następnych doświadczeniach nie naruszać wcale dróg piramidalnych, a natomiast przeciąć drogi pozapiramidalne. Nie znając atoli przebiegu dróg pozapiramidalnych, musiałem do tego rodzaju doświadczeń obrać tę część ośrodkowego układu nerwowego, w której na małej stosunkowo przestrzeni mieścić się muszą obie kategorye tych dróg ruchowych. Śródmóżdże (mesencephalon) spełnia najlepiej ten warunek. Tu bowiem drogi piramidalne przebiegają w części podstawowej śródmóżdża, t. j. w szypułkach mózgowych, podczas gdy drogi pozapiramidalne mieścić się muszą oczywiście powyżej szypułek (a mianowicie albo w *substantia nigra* albo w *tegmentum*).

Doświadczenia wykonywałem w sposób następujący: odsłoniwszy u psa kość potyliczną, robiłem w jej środku otwór dostatecznie wielki, aby mieć należyty dostęp do móżdżku, odsłaniając tym sposobem dno czwartej komórki aż do wzgórków czworaczych. Przekonawszy się, że zniszczenie nawet całkowite móżdżku niema żadnego wpływu na przebieg napadu padaczkowego, przecinałem poprzecznie śródmóżdże w wysokości wzgórków czworaczych tylnych do różnej głębokości nie naruszając atoli bynajmniej dróg piramidalnych, ani też dróg mostowych. Poczem drażniłem korę mózgową w zakresie sfery ruchowej i śledziłem jaki skutek sprowadza to podrażnienie.

Wynik tego rodzaju doświadczeń był dla mnie wprost niespodziewany: okazało się, że po poprzecznem przecięciu górnej części śródmóżdża, przyczem dróg piramidalnych, ani mostowych bynajmniej nie naruszałem, nie można wywołać napadu padaczkowego przez drażnienie kory mózgowej, nawet przy użyciu najsilniejszych prądów, jakkolwiek wśród drażnienia ośrodków ruchowych w korze istnieje wyraźny skurcz odpowiedniej gromady mięśni, bądź w przedniej lub tylnej łapce, bądźteż w zakresie nerwu twarzowego. Z chwilą zaprzestania drażnienia kory ustępuje natychmiast wspomniany skurcz mięśni, czyli innemi słowy skurcze mięśni trwają tylko tak długo, jak długo trwa drażnienie kory. Wśród tych doświadczeń zwierzę nie traci ani na chwilę przytomności.

Wynik powyższych badań doświadczalnych streścić mogę w następujących zdaniach:

1) drogi piramidalne oraz drogi t. zw. mostowe w przewodzeniu padaczki korowej nie biorą żadnego udziału;

2) przewodzenie padaczki korowej odbywa się za pośrednictwem odśrodkowych (centrifugal) dróg ruchowych, które leżą poza obrębem dróg piramidalnych i dróg mostowych, a które nazwałem drogami pozapiramidalnemi;

3) drogi ruchowe pozapiramidalne przebiegają w górnej, t. j. grzbietowej, części śródmóżdża (w *tegmentum* albo w *substantia nigra)*.

(Dokończenie nastąpi).

II. O związku dermatologii z medycyną

Wykład wstępny, wypowiedziany przy otwarciu kliniki skórno-kiłowej w Uniwersytecie lwowskim w dniu 25 maja 1898 r.

przez

Prof. Dra Włodzimierza Łukasiewicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

W dzisiejszej medycynie zapanowała nauka o drobnoustrojach. Najnowsze badania wykazały, iż przy zakażeniach nimi powstają chemiczne trujące istoty. Nietylko drobnoustroje same wytwarzają ciała trujące, lecz także tkanki chore, oraz powstające w czasie choroby ciała chemiczne, w rodzaju fermentów, wytwarzają najrozmaitsze trucizny. Te chemiczne istoty sprowadzają miejscowo zwyrodnienie lub zapalenie a dostawszy się do krwiobiegu, gorączkę i ogólne toksyczne działanie. Próby Kocha, podjęte z tego powodu, dla zwalczania prątka gruźliczego przy zwykłym wilku skóry, jakkolwiek nie uwieńczone wynikiem, odpowiadającym genialnemu odkryciu, na którem się oparły, to jednakowoż zachęciły do dalszej pracy w tym kierunku. Zasadniczo bowiem nader blisko leży zwalczanie chemiczne antytoksycznemi istotami kiły, trądu, twardzieli, rzeżączki itd.

Z działaniem chemicznem całej gromady środków chemicznych liczyć się będziemy również w etyologii i terapii wielu chorób skórnych. Ztąd wynika nieodzowność wiedzy chemicznej dla licznych zagadnień dermatologicznych, zwłaszcza, iż poznaliśmy świeżo w zakażeniach reakcyę organizmu, polegającą na zmianach w cieczach tkanek (Gewebs-

flüssigkeiten), w czasie przebiegu i po przebyciu chorób zakaźnych. Behring bowiem wykazał, iż krew i surowica u sztucznie uodpornionych zwierząt posiada własności odtruwające.

Narząd skórny, przez swoje zewnętrzne położenie, dozwala nam spostrzegać bezpośrednio zmiany chorobowe, w nim odgrywające się, podczas gdy w innych narządach dopiero z rozmaitych danych wysnuwać musimy wnioski o rodzaju zmian chorobowych. Ten wzgląd umożliwia większą dokładność w rozpoznaniu i leczeniu. Jakość postaci chorobowej poznajemy już gołem okiem, a dosadniej jeszcze przez ułatwione badanie drobnowidowe. To nie odosabnia jednakowoż schorzeń skóry od chorób innych narządów. Wiemy wprawdzie dzisiaj z wszelką pewnością, iż wiele chorób skórnych może przebiegać bez najmniejszych innych zaburzeń w ustroju, jak n. p. wyprysk, świerzbiączka, strupień woszczynowaty (favus), łupież pstry (pityriasis versicolor), liszaj wyłysiający (herpes tonsurans) i w. i. Lecz wiemy również, jak rozliczne schorzenia narządów wewnętrznych usposabiają do chorób skórnych, lub nawet je wywołują. Wymienię tu niedokrewność, blednicę, bielicę, cukrzycę, dnę, oksaluryę, fosfaturyę, dalej schorzenia przewodu pokarmowego, wątroby i nerek, nowotwory narządów wewnętrznych i t. d. Ile i jak uporczywych schorzeń skórnych one sprowadzają, będziemy mieli sposobność niemal codziennie przekonywać się o tem. Jeżeli przypatrzymy się tak częstej pokrzywce, to w wielu przypadkach stwierdzimy jej przyczynę w zaburzeniach trawienia, szczególnie zaś po użyciu rozlicznych pokarmów. Wiemy dalej, że częstokroć schorzeniom narządów wewnętrznych towarzyszą powikłania chorób skóry, jak się wikła n. p. gościec stawowy z rumieniem wielopostaciowym i krwawiączką.

Wielu dermatologów, zwłaszcza zaś Bärensprung, Hebra, Kaposi, Schwimmer, Max Joseph, poprzednik mój na katedrze w Innsbrucku, Jarisch i inni, przyczynili się do wyjaśnienia całej gromady nerwic skórnych, które podzielić można na naczynioruchowe (Angioneuroses), odżywcze (Trophoneuroses) i nerwice bez zmian anatomicznych (Idioneuroses). Nie idzie jednak za tem, aby zmiany znalezione w narządzie nerwowym zostawały zawsze w związku z towarzyszącemi im schorzeniami skórnemi. W takich razach powiedzmy raczej, iż nie znamy przyczyny wielu schorzeń, niż mielibyśmy pokrywać naszą nieświadomość, mówiąc o nerwowej, naczynioruchowej lub odżywczej istocie choroby, skoro takowa nie jest naukowo stwierdzoną. Poznaliśmy nie tylko półpasiec, świerzbiączkę, rozmaite odmiany świądu, łysinę plackowatą (alopecia areata), *glossy skin*, zboczenia w gruczołach wydzielających, wywołane schorzeniem nerwów, lecz ponadto jeszcze nerwową postać trądu, w której zmiany skórne zależą od zajęcia nerwów. Ogólnie znanemi, lecz domagającemi się jeszcze dokładniejszego zbadania, są choroby układu nerwowego skutkiem kiły.

Podobnie jak dla wewnętrznej medycyny można wykazać ważność naszej nauki dla chirurgii i odwrotnie. Od czasu zaprowadzenia postępowania przeciwgnilnego lekarze i leczeni bywają narażeni częstokroć na wielce szkodliwe działanie na skórę karbolu, sublimatu, jodoformu i t. d. Wyprysk, wywołany tymi środkami chemicznymi, ustępuje nadzwyczaj łatwo przy odpowiedniem leczeniu. Niestety, widujemy tak często sztuczne wypryski tego rodzaju w najopłakańszym stanie, a to li tylko z powodu bezcelowego, a drażniącego leczenia. Zasady bezgnilnego leczenia szerzyła między lekarzami już dawno przed naszą dzisiejszą erą szkoła dermatologiczna wiedeńska (Hebra, Sigmund). Zastanawiając się dalej nad stosunkiem dermatologii do chirurgii, podnieść muszę ważność rozpoznawczą przy tak podobnych klinicznie sprawach, jak są z jednej strony n. p. kilaki, rozliczne postacie gruźlicy skórnej (wilk zwykły, gruźlica prosówkowa przyostra, g. brodawkowa, *scrophuloderma*), dalej trąd guzowaty, guzy bielicowe, choroba Aliberta, twardziel, — a z drugiej strony rozliczne nowotwory, których całą mnogość, a częstokroć i odrębność, w skórze przeważnie badania dermatologów wyświeciły. Od szybkiego, a dokładnego rozpoznania zależy kierunek leczenia. Tak terapia przeciwkiłowa jak stosowne rękoczyny mogą ratować poszczególne narządy, a nawet cały ustrój, lecz wtedy tylko, gdy są zastosowane we właściwym czasie i istotnej potrzebie, a zatem przy prędkiem a uzasadnionem rozpoznaniu. Wiele schorzeń skórnych uzdrawia jedynie leczenie chirurgiczne. Wilka rumiennego, trądzik (acne vulgaris et rosacea) usuwamy przez nasiekanie skóry (skaryfikacyę). Gruźlicę skórną leczymy najdokładniej przez chirurgiczne usunięcie ognisk chorobowych, podobnie jak to ma miejsce w rozlicznych nowotworach skóry. Prawo obywatelstwa w leczeniu dermatologicznem uzyskała metoda przeszczepiania (transplantacyi) Thierscha. W dziedzinę leczenia chirurgicznego wkracza również stosowanie przez nas termokauteru, elektrolizy, licznych wstrzykiwań podskórnych, rozmaitych opatrunków, np. świetnie działających na wrzody żylakowe opatrunków z kleju cynkowego. Leczymy kiłę i rzeżączkę w różnych okresach rękoczynami, a złudnymi byłyby wyniki traktowania dymienic, bez obznajomienia się z anatomią topograficzną i chirurgią.

W dalszym ciągu w związku ze zmianami w skórze pozostają prawidłowe i chorobowe objawy w narządach rodnych. Choroby narządu płciowego wywołują lub częstokroć pogarszają cierpienia skóry, jakkolwiek rzadko rzecz się ma odwrotnie. Rumienie, wypryski, wągry, pokrzywka, półpasiec, zmiany barwikowe, rozliczne objawy świądu, zwłaszcza części płciowych, mogą wystąpić w czasie miesiączkowania, ciąży lub przy schorzeniach macicy i tkanek sąsiednich. Krwotoki skórne mogą występować też zastępczo, w miejsce miesiączki. Börner zwrócił uwagę na obrzęki skórne w czasie miesiączkowania i okresu przejściowego (klimakteryum). Znane są przypadki, gdzie usunięcie chorego jajnika uleczyło doszczętnie najuporczywszą pokrzywkę. Podobnie znikały inne przewlekłe choroby skórne, po pomyślnem leczeniu narządu płciowego. Nie bez wpływu na ciążę pozostają ostre osutki: odra, płonica i ospa, również kiła i rzeżączka. W połogu często występują nader rozległe wypryski, skutkiem podrażnienia skóry środkami przeciwgnilnymi. Rzadko, lecz niemal jedynie u położnic, spostrzegał Kaposi chorobę, opisaną przez niego pod nazwą liszaja pełzającego (impetigo herpetiformis). Wpływ kiły na ciążę i poród jest aż nadto dobrze znanym, abym się nad nim tu zastanawiał. O ile jednak matka i płód są narażeni na zakażenie w rozmaitych okresach kiły, sprawa ta pozostaje jeszcze do dokładnego wyświecenia przez wspólną pracę przedstawicieli obu, w mowie będących, gałęzi. Podobnie rzecz się ma z kiłą dziedziczną późną (lues hereditaria tarda) autorów francuskich,

którą wedle moich dotychczasowych spostrzeżeń, uważam raczej za nabytą kiłę w dziecięctwie, a przeoczoną często kroć w pierwszym jej okresie. Rozpowszechnienie wiadomości z zakresu kiły i chorób skórnych między lekarzami zapobiedz by mogło częstemu ich zakażaniu się, zwłaszcza w praktyce ginekologicznej. Z drugiej strony zmniejszyłaby się wskutek tego wysoka liczba zakażeń noworodków i dzieci przez kiłowate mamki i chorą służbę. Żadne inne odkrycie nie zrobiło w ginekologii tak wielkiego przewrotu, jak odkrycie zarazka rzeżączki przez dermatologa Neissera. Słowa te wypowiedział ginekolog wiedeński Schauta w r. 1892, na międzynarodowym Kongresie dermatologów w Wiedniu. Tysiące nieuleczalnych przypadków ginekologicznych stało się uleczalnymi przez to wyświecenie ich przyczyny. Mimo to jednak nie wiele dotąd zdziałano, aby zapobiedz szerzeniu się tak groźnej, a tak bardzo rozpowszechnionej rzeżączki, chociaż zużywają się sumy na środki zapobiegające innym chorobom.

Zastanawiając się dalej, stwierdzamy, że istnieje wielka liczba schorzeń skóry, powikłanych z zajęciem narządu wzrokowego i słuchowego. Wspomnę tylko o wyprysku, wilku zwykłym i rumiennym, twardzieli itd., które zwykły się rozprzestrzeniać ze skóry na rzeczone narządy. Dermatologia wykazała, iż cierpienie, uważane przedtem za wyprysk zołzowaty, a najczęściej powikłane z zapaleniem limfatycznem spojówek, jest tylko następstwem wszawicy (pediculosis). Wszakżeż bąblica może równie jak rumień wielopostaciowy rozpocząć się na spojówce, a w dalszym ciągu zająć i ucho. Rozliczne schorzenia kiłowe obu tych narządów sprawiły, iż posiadamy o nich całą literaturę.

Że na błonach śluzowych jamy ustnej, nosa, krtani, tchawicy i oskrzeli usadawiają się liczne choroby, właściwe skórze, a w pierwszym rzędzie kiła, o tem przekonuje na każdym kroku praktyka laryngologiczna.

Znaczenie dermatologii dla sądowej medycyny wynika już z tego względu, iż dermatolog może najczęściej obyć się bez wywiadów, zamiast być przez chorego w błąd wprowadzony. Lekarz obeznany dokładnie z dermatologią potrafi z objawów skórnych oznaczyć nie tylko rodzaj, lecz także czas trwania, a nawet nie rzadko i przyczynę choroby, co jest nader ważnem w praktyce sądowej.

Z tego istotnego związku dermatologii z innemi gałęziami wiedzy lekarskiej dosadnie uwydatnia się jej ważność dla dokładnego wykształcenia lekarskiego, zwłaszcza, co śmiało możemy twierdzić, że żadna z gałęzi wiedzy lekarskiej nie prześcignęła dermatologii, która, co do leczniczych postępów, li tylko z chirurgią współzawodniczyć może. Mimo tego największa część lekarzy, którzy kończą nauki w Austryi, jest mało obeznaną z dermatologią i syfilidologią, skutkiem wadliwych przepisów rygorozalnych. Dowodem tego, iż wszędzie, gdzie kursa dla lekarzy się odbywają, tam na kursa naszego przedmiotu uczęszcza najwięcej lekarzy. Doświadczyłem tego sam, będąc asystentem w klinice wiedeńskiej, gdzie miałem sposobność lekarzom, przybywającym ze wszystkich stron świata, wpajać zasady dermatologii. Przy tem dopomagał mi w części i materyał kliniczny z kraju naszego, szukający licznie porady w lepiej urządzonych szpitalach tamtejszych. Tak samo dzieje się w Paryżu, Berlinie, Wrocławiu i Bonn, gdzie kliniki dermatologiczne odpowiadają w całej pełni dzisiejszemu stanowisku nauki. Nawet, jeżeli choroby skórne wyłączymy i będziemy je uważali jako „specyalność“, w każdym razie nie podrzędniejszą n. p. od okulistyki, to jednakowoż z chorobami wenerycznemi powinien być każdy lekarz najdokładniej obeznanym. Tak kiła i wrzód miękki, jak rzeżączka, są tą gałęzią nauki lekarskiej, której poznanie jest nieodzowne dla ogółu lekarzy, a nie można je sobie wyobrazić, jako wyłączone z medycyny. Wszakże nauka o kile, jak starałem się to wykazać, stoi w takiej łączności z całą medycyną, iż żadna jej gałęź obyć się nie może bez wiadomości dokładnych o kile. Wreszcie ogólny interes higieny wymaga, aby wszyscy lekarze mieli dokładne wiadomości o kile.

Kiła i rzeżączka, to są choroby ludowe w ścisłem znaczeniu tego słowa, szczególnie kiła, a to tem więcej, iż ona rozpowszechnia się nie tylko drogą płciową, lecz i rozlicznymi innymi sposobami. Przy wyszukaniu mamki, szczepieniu, ubezpieczeniu na życie lub od wypadków, wreszcie w kasach chorych, wszędzie odgrywa nader ważną rolę rozstrzygnięcie, czy ma się do czynienia z kiłą, czy też nie. Iluż to zakażeniom może tu zapobiedz wczesne i pewne rozpoznanie lekarza? Zastanawianie się nad doniosłością rzeżączki zaprowadziłoby w tej chwili za daleko. Wszakżeż niemal wszystkie wybitniejsze towarzystwa lekarskie często w ostatnich czasach zwracały uwagę na niebezpieczeństwa wynikające z tej choroby i konieczność zapobiegania i doszczętnego jej leczenia.

Czem rzeczone choroby są dla armii, to wykazała statystyka, a opierając się na niej, Töply dochodzi do wniosku, że armia, gdyby miała nawet corocznie stoczyć potyczkę, nie straciłaby przez śmierć i kalectwa tak wiele sił, jak ich ubywa w wojsku corocznie przez choroby weneryczne. Jest to rzeczywiście wyniszczająca wojna dla armii, tem straszniejsza, iż tak cicho i podstępnie, a przecież groźnie się sroży.

Tem dziwniejszą wydaje się nam obojętność państw i krajów w obec tych przewlekłych a rozwielmożniających się ludowych zaraz, iż środki, na ten cel użyte, opłaciłyby się sowicie. Wielka część kosztów leczenia odpadłaby przy lepszem zapobieganiu, szybkiem rozpoznawaniu i odpowiedniem umieszczaniu tych chorych. Natomiast olbrzymim byłby zysk na siłach roboczych. Lecz wszystkie usiłowania, by powstrzymać szerzenie się chorób wenerycznych, muszą się zacząć od dokładnego pouczenia lekarzy w tej dziedzinie. Względy higieniczne i policyjno-sanitarne wkładają więc na państwo obowiązek starania się o wykształcenie lekarzy w tym kierunku; ci powinni też złożyć dowody nabytych wiadomości. Państwo zaś może do tego doprowadzić, zmuszając lekarzy do uczęszczania do klinik specyalnych, odpowiednio uposażonych, nakładając obowiązek składania egzaminu z tego przedmiotu. W tym względzie przodują Francya, Włochy, Rosya, Ameryka; lecz i w naszej monarchii uznano potrzebę i ważność dermatologii, skoro ustanowiono i katedry zwyczajne tego przedmiotu. Niestety przygotowania bar. Gautscha, aby w nowym porządku rygorozów dermatologia i syfilidologia stały się obowiązkowemi, poszły przez zbieg wypadków w odwłokę, oby tylko w niezbyt długą.

Opierając się na wyłuszczonych zapatrywaniach, rozpoczynam systematyczną naukę, a podnoszę jeszcze, że klinika dermatologiczna jest najlepszą kliniką przygotowawczą,

gdyż, jak wspomniałem, daje nam sposobność naocznego poznawania zmian, o których istnieniu w innych narządach dopiero za pomocą skombinowanych metod badania wnioskować możemy.

III. Oceny i sprawozdania.

Surowica przeciwbłonicza w świetle rozpraw w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem.

(Dokończenie. Patrz Nr. 32).

Celem wyjaśnienia zamąconej zarzutami Kassowitza sprawy o wartości surowicy przeciwbłoniczej, urządził miesięcznik wiedeński *Die Heilkunde* (Z. 10, R. 1898) rodzaj ankiety, w której zabrali głos: Escherich, Baumgarten i Baginsky. Ten ostatni ogłosił nadto w tej sprawie cięty artykuł w *Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 27, 1898.

W ankiecie pierwszy zabrał głos Escherich. Zaznacza on najpierw, że Kassowitz już po raz drugi występuje przeciw surowicy; kiedy jednak przed kilku laty mógł powołać się na cały zastęp klinicystów „niezastrzykujących", to obecnie stosunki zmieniły się, przerzedziła się znacznie liczba przeciwników. Wielu bowiem klinicystów i kierowników oddziałów, w pierwszej chwili surowicy przeciwnych, zmieniało swe zdanie, widząc znakomite wyniki leczenia surowicą. Escherich przypuszcza, że i Kassowitz zmieniłby zdanie, gdyby swoje wywody opierał na spostrzeżeniach poczynionych na odpowiednim materyale klinicznym; niestety, zadawalnia się on wyszukiwaniem sprzeczności w odnośnej literaturze, a własne skąpe spostrzeżenia opiera na chorych polikliniki.

W ocenieniu wartości jakiegoś środka leczniczego niewątpliwie wielką rolę odgrywa statystyka, większą jednak spostrzeganie kliniczne. Na liczby, tworzące statystykę, wpływają między innemi tak zmienne czynniki, jak: zapatrywania lekarza, ciężkość epidemii i t. d.; dlatego też nie można bezwzględnie opierać się na liczbach, a punkt ciężkości w rozstrzygnięciu tej sprawy należy przenieść na ważną w tym razie podstawę doświadczalną i na wyniki spostrzegania klinicznego. Nikt nie szuka dowodów na swoiste działanie chininy w zimnicy w liczbach statystycznych; wszystkim wystarcza w tym razie obserwacya kliniczna i stwierdzona jej skuteczność. Z podniesionych wprost przeciwko sobie zarzutów roztrząsa Escherich najpierw sprawę przyjmowania większej liczby chorych na oddział błoniczy szpitala w Gracu. Rzeczywiście w IV kwartale r. 1894 przyjęto większą liczbę chorych na ten oddział, ale zwiększenie to liczby chorych nie może wcale — oto jest główny zarzut Kassowitza — wchodzić w rachubę w obliczeniach odsetkowych śmiertelności. Escherich bowiem, tak w czasach przedsurowiczych jak i później, rozróżnia: I przypadki lekkie (ograniczone), II powikłane dławcem i III przypadki ciężkie septyczne, a w ocenianiu wyników śmiertelności, tak dawniej jak i teraz, porównywa z sobą przypadki podobne.

Przez przyjmowanie większej liczby chorych wzrosła gromada pierwsza, przypadków lekkich, ale nie na tych przypadkach opierał się E., podnosząc zalety surowicy; najwybitniejszą różnicę, przemawiającą na korzyść surowicy, zauważył w gromadzie drugiej, gdzie odsetek wyleczenia podniósł się z 44·6% na 61%. Prawdopodobnie na zwiększenie się ilości przypadków lekkich wpływa i ta ważna okoliczność, że przypadki lekkie pozostają obecnie lekkimi, nie przechodzą, jak to dawniej się trafiało, w przypadki septyczne. Wyniki lecznicze ciężkich postaci błonicy nie wiele się zmieniły na lepsze: spodziewać się jednak należy, że i tutaj osiągnąćby można znaczną poprawę, gdyby przypadki te dostawały się wcześniej do leczenia; niestety, te postacie błonicy przebiegają bez gorączki, bez bólów tak, że dopiero rozpad w jamie ustnej i ztąd pochodzący *foetor ex ore*, zwraca uwagę rodziców na rodzaj cierpienia, lecz wtedy i na leczenie surowicą już jest zapóźno. Z zestawienia przyczyn śmierci przypadków Eschericha wynika, że obecnie większy odsetek dzieci umiera z porażeń, jak dawniej [przed surowicą 7·7%, przy surowicy 18·29%]; ale nie można z tej okoliczności kuć broni przeciwko surowicy, przydarza się to bowiem w tych przypadkach, w których surowicę zastósowano późno, gdy już wystąpiły znaczne zmiany w istocie nerwowej.

Przypisując wielkie znaczenie spostrzeganiu przebiegu błonicy dawniej a teraz, stwierdza Escherich, że surowica działa na ustrój w korzystny sposób przez ogólne podniesienie sił; jej działanie jest powolne, zbliżone do tego, w jaki się odbywa naturalne uodpornienie ustroju; w przeciwieństwie do działania np. antypiryny, antyfebryny, jest to jej wielka zaletą. Niestety i działanie surowicy ma swój kres: już sam warunek wczesnego wstrzykiwania wyklucza wiele przypadków od korzyści tego sposobu; w wielu przypadkach przyczyną ujemnego wyniku jest sama istota choroby, niezupełnie też odpowiedziały oczekiwaniom zastrzykiwania ochronne.

Dlatego, zdaniem Eschericha, Baginsky poszedł za daleko, twierdząc, że obawa przed błonicą, dziś tak się zmniejszyła, jak zmniejszyła się obawa przed ospą, pod wpływem szczepienia. Tych dwóch spraw porównywać nie można, chociaż stykają się one w jednym punkcie, t. j. w tym, że tak tu jak i tam, mimo statystyk, liczb i innych niezbitych dowodów skuteczności surowicy, znachodzą się jej zatwardziali przeciwnicy.

Drugi współpracownik ankiety Baumgarten (z Tybingi) roztrząsa znaczenie prątka Löfflera dla błonicy. Stoi on na stanowisku zajętem jeszcze w r. 1896, twierdząc, że do dziś poczynione badania nie uprawniają do przyjęcia prątka Klebs-Löfflera za wywołującego błonicę; sprzeciwiają się temu bowiem najpierw już te spostrzeżenia, w których, mimo błonicy rozpoznanej na podstawie klinicznego badania, prątków nie stwierdzono. Nie przemawiają też bezwzględnie za swoistością tego prątka doświadczenia na zwierzętach: w obnażonej tchawicy królika, można wywołać błony także innymi drobnoustrojami, porażenia zajmują u ludzi najczęściej mięśnie okolicy gardła, u zwierząt zawsze kończyny. Najwięcej zaś sprzeciwia się takiemu przypuszczeniu znachodzenie jadowitych prątków błoniczych w jamie ustnej osób zdrowych. Wobec tego zaś, że błonica rozwinąć się może bez poprzedniego uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej, nie obroni swoistości prątka Löfflera przed tym zarzutem często powtarzany fakt podobnego zachowania się prątków gruźliczych, cholerycznych itd.

Wielką rolę w wywoływaniu błonicy odgrywa stwierdzany w wszystkich przypadkach paciorkowiec. Niektórzy, sądzą, że dostaje się on tutaj dopiero wtedy, gdy prątek błoniczy rozpoczął swoje działanie; Baumgarten przeciwnie twierdzi, że paciorkowiec pierwszy wpływa szkodliwie na błonę śluzową i w ten sposób ułatwia działanie dość często u zdrowych spotykanemu prątkowi błoniczemu. Błonica jest więc zakażeniem mięszanem, w którem paciorkowiec działa miejscowo na bł. śluzową, a prątki błonicze, stawszy się jadowitszymi, zatruwają ustrój swoimi jadami. Przy takiem pojęciu rzeczy od surowicy spodziewać się możemy tylko przeciwdziałania owym jadom, t. j. usunięcia pewnych od ich wpływu zawisłych objawów, nie zaś bezwzględnej skuteczności w każdym przypadku tej choroby.

Baginsky zarzuca Kassowitzowi brak dobrej woli: zamiast jakichś faktów, przemawiających przeciw surowicy, znachodzimy w przemówieniu Kassowitza zręcznie zestawione liczby, z prac innych wyszukane pozorne sprzeczności i ztąd dowolnie wysnuwane wnioski. Kassowitz zarzuca dotychczas owym badaczom pewną dowolność i domaga się ścisłego klinicznego badania skutków surowicy, sam jednak, obalając

zdanie innych, opiera się na doświadczeniu własnem, nabytem w prywatnej praktyce i swej poliklinice.

Główną bronią Kassowitza był zarzut, że obecnie, celem poprawienia odsetkowego wyniku leczenia, przyjmuje się do szpitali przypadki lekkie. Liczbowo przedstawiony ruch chorych w oddziele błoniczym szpitala Bagińskyego wykazuje, że tak nie było, albowiem w szpitalu tym:

r. 1891	przyjęto	192	chorych,	ulecz.	125	zmarło	64=33·3%
„ 1892	„	335	„	„	214	„	121=36·1%
„ 1893	„	422	„	„	244	„	178=42·1%
„ 1894	„	601	„	„	432	„	167=27·7%
„ 1895	„	535	„	„	475	„	60=10·6%
„ 1996	„	319	„	„	270	„	29=9·09%
„ 1897	„	304	„	„	251	„	26= 8·6%

a z liczb tych widzimy, że liczba chorych wahała się znacznie, że w roku 1898 rzeczywiście była największa, że jednak zmniejszenie się śmiertelności nie pozostaje w żadnym związku z liczbą chorych, gdyż mimo zmniejszenia się liczby chorych w ostatnich latach odsetek śmiertelności pozostał nadal niesłychanie nizkim. Już nawet sam rok 1894 mógłby wystarczyć do przekonania się o skuteczności surowicy; gdy bowiem aż do marca tego roku, t. j. do chwili rozpoczęcia leczenia surowicą, zmarło 52%, to później do końca r. 1894 zaledwie — 16·6%.

Zdaniem Baginskyego pewną część ujemnych wyników surowicy położyć trzeba na karb nieumiejętnego lub nieodpowiedniego jej stósowania. Tak było w Londynie, na którego statystykę Kassowitz się powołuje, gdzie dopiero komisya, wydelegowana do zbadania przyczyny braku wyników leczenia surowicą, stwierdziła, że przyczyną niepowodzenia była zła, nieposiadająca dostatecznej ilości jednostek immunizacyjnych, surowica.

Niebyłyby czczym frazesem nadzieje, pokładane przez Baginskyego w surowicy, gdyby była zastósowana w odpowiedniej ilości i we właściwym czasie.

W dalszym ciągu swych wywodów przechodzi Baginsky wszystkie, przeciwko niemu podniesione, zarzuty, kończy ciętą odprawę pod adresem Kassowitza w sprawie różnicy zdań między nim a jego asystentem, Katzem.

Jeżeli wolno sprawozdawcy wyrazić swe zdanie w tej sprawie, to nie pozostaje mu nic innego, jak przyłączyć się do tych, którzy zwalczali odosobniony głos Kassowitza, uważając go za gołosłowną walkę, niepopartą żadnymi naukowymi dowodami.

Doc. Dr. Raczyński.

IV. Wyciągi.

Dr. Courant: **Przyczynek do nauki o przerywaniu się pępowiny.** *(Medicinisch chirurgisches Central-Blatt,* Nr. 19, r. 1898). Autor opisuje przypadek samoistnego podczas porodu przedarcia się pępowiny, który miał sposobność spostrzegać u pierwiastki, rodzącej w czaszkowem położeniu płodu. W przypadku tym bóle porodowe były słabe i, po wytoczeniu się główki, barki płodu rodziły się z trudnością, co zniewoliło obecną przy porodzie położną do pociągania płodu zapomocą palca, założonego w paszkę. Po urodzeniu płodu, pępowina była silnie napięta, pomimo, że noworodek leżał tak blizko części rodnych matki, że kopał je nóżkami. Dziecko odpętlono, a równocześnie zauważył C., że dno macicy posuwa się ku górze, macica jest miękka i rośnie. Rodząca nie krwawiła na zewnątrz, jednak, na podstawie powyższych objawów, rozpoznał autor krwotok wewnętrzny, wewnątrz maciczny i usiłował zabiegiem Credego wydalić popłód. Po wywarciu ucisku na dno macicy, dał się wygnieść skrzep wielkości główki dziecka i rodząca poczęła krwawić. Ażeby przekonać się o długości pępowiny, podniósł C. takową do góry, ale za lekkiem pociąganiem, cała pępowina wyszła na zewnątrz, a w macicy pozostało łożysko, które, wobec istniejącego krwotoku, wyjęto ręcznie kawałkami. Po złożeniu razem kawałków łożyska, przekonał się C., że cała powierzchnia płodowa była pozbawiona owodnej, która znajdowała się przy pępowinie oderwanej, tuż przy łożysku. Pępowina była w tym przypadku bardzo krótka, długość jej wynosiła 25 ctm.

Przy tak krótkiej pępowinie przedarcie jej podczas porodu, a mianowicie już po urodzeniu główki w położeniach główkowych, może się wydarzyć samoistnie bez winy lekarza lub położnej. Inaczej rzecz się ma, jeżeli oderwanie następuje już po odpętleniu dziecka; wtedy usprawiedliwionem jest podejrzenie, że za pępowinę silnie a niepotrzebnie pociągano. Zarzut ten mógł był spotkać położną i w przypadku opisanym przez autora, gdyby przypadku tego nie obserwowano dokładnie. Zdaniem C. pępowina oderwała się już podczas rodzenia się płodu; ponieważ jednak, wraz z pępowiną, oddzieliła się od łożyska i owodnia, krew wynaczyniona z przestworów międzykosmkowych gromadziła się w tak utworzonym worku między łożyskiem a owodnią, oddzieloną na dużej przestrzeni. Dopiero podczas wygniatania łożyska worek owodnej uległ przedarciu i krew wylała się na zewnątrz.

Piotrowski.

N. A. Sokoloff: **Nowa odmiana operacyjnego leczenia kiłowych zwężeń odbytnicy.** *(Ctrbl. f. Ch.,* Nr. 24, 1898). Na 26-tym kongresie chirurgów niem. zalecał Sonnenburg tak zw. rektotomię, usuwającą zwężenia bliznowate odbytnicy. Operacya S. polega na przecięciu od zewnątrz ku wewnątrz blizny zwężającej, po odsłonięciu pola operacyjnego sposobem Kraskego. Poczem ranę goi *per secundam intentionem.* Autor postępowanie to zmodyfikował o tyle, że po dokonaniu nacięcia prostnicy, ranę zeszywa w kierunku poprzecznym (jak w pyloroplastyce Heineke-Mikulicza). U 31-letniej kobiety tą drogą S. doszedł szybko i pewnie do celu.

Herman.

Saalfeld: **Przyczynek do leczenia ooforyną.** *(Berl. klin. W.,* 1898, Nr. 13). W dziedzinie chorób płciowych i skórnych leczenie surowicą i organoterapia znajdują tylko wyjątkowo zastósowanie. Próby używania surowicy przeciw trądowi (Carrasquilla) i kile nie doprowadziły jeszcze do konkretnych wyników.

Kiedy przed 1½ rokiem L. Landau wspomniał o szczęśliwem stósowaniu ooforyny w przypadkach dolegliwości nerwowych, pozostających w związku z wiekiem przejściowym, a przytem dodał, że ubocznych działań nie zauważył, postanowił autor przenieść ten sposób leczenia w odpowiednim przypadku do dermatologii. I tak stósował S. ooforynę w przypadkach, gdzie w wieku przejściowym występowały: trądzik na twarzy, nosie lub wargach, wyprysk i t. d.

Pewna 20 letnia pacyentka miała, po obustronnem wycięciu jajników, uskutecznionem przed 2 laty, wyprysk prawie na całem ciele, nadto zaczęła gwałtownie tyć. Kiedy bezskutecznymi okazały się inne środki, zastósował S. ooforynę z tak dobrym skutkiem, że wyprysk prawie zupełnie ustąpił, a nadto straciła chora po 4 tygodniowem leczeniu 8 funtów wagi.

Dalej stósował S. ooforynę z pomyślnym skutkiem, jako leczenie pomocnicze wobec bledniey, pozostającej w związku z cierpieniem narządów płciowych; wreszcie miał wynik zadawalniający w przypadku uporczywej świerzbiączki (prurigo) wrodzonej u 26-letniej kobiety, u której dolegliwości w czasie miesiączki gwałtownie się wzmagały.

Dr. B. Wojciechowski.

Słowcow: **Metabolizm i rozmieszczenie substancyj białkowych bezwodnych, pochodzących z pokarmów, we krwi, wątrobie i mięśniach.** *(Russkij archiw patołogij* etc., 1898, V., Z. 3). Wyniki doświadczeń, odnoszących się do przeciągu 24 godzin od początku trawienia (u białych szczurów) są następujące:

1) Substancye białkowate gromadzą się po strawieniu i wessaniu naprzód we krwi, a potem w wątrobie i mię-

śniach, których nie opuszczają, aż prawie po upływie 24 godzin od początku trawienia. 2) Substancye białkowate gromadzą się w wymienionych narządach prawdopodobnie w postaci albuminów, i tam dopiero zamieniają się naprzód na globuliny, a w końcu na strominy, czyli przekształcają się w związki coraz wyższe z punktu widzenia biologicznego. 3) Charakter chemiczny substancyj białkowatych, zawartych w pożywieniu wpływa na to, w jakiej postaci i jak szybko pojawiają się substancye białkowate we krwi. 4) Mięśnie i wątroba mogą zmieniać albuminy w globuliny według ich warunków odżywczych. 5) Im więcej pokarmy obfitują w lecytynę i w białka, zawierające fosfor, tem więcej wytwarza się strominów i tem szybciej odbywa się ta sprawa w wątrobie i mięśniach. *X.*

Dr. Ferdynand Alt: **Przyczynek do nauki o ośrodku słuchu.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 10). Badania różnych autorów wykazały jako rzecz pewną, że ośrodek słuchu znajduje się w korze mózgowej płatu skroniowego, mianowicie w tylnej części zwoju górnego. Badania te nadto wykazały, że ośrodek słuchowy dla strony prawej znajduje się po stronie lewej i naodwrót. Spostrzeżenia kliniczne, wykazujące, że głuchota jednostronna pochodzenia ośrodkowego nie jest trwała, lecz zwykle czasową, każą przyjąć, że właściwie narząd słuchu każdej strony jest w połączeniu z obydwoma półkulami mózgu. Autor opisuje przypadek, spostrzegany przez niego, który jest potwierdzeniem wyników dawniejszych, że ośrodek słuchowy dla danego narządu słuchu jest po stronie przeciwnej mózgu. Przypadek autora jest następujący: chory lat 33 liczący, obudził się trzy lata temu z prawostronnem zupełnem porażeniem; prócz tego nie mógł mówić i nie słyszał na prawe ucho; utracił także pamięć zdarzeń dawniejszych. Później stan jego się poprawił do tego stopnia, że obecnie mówi płynnie i bez trudności, a kończyną prawą, dolną i górną, włada nieźle. Z wywiadów można się było dowiedzieć, że przed 6 laty przebył kiłę, której nie leczył. Pod względem psychicznym chory okazuje skłonność do nieuzasadnionego śmiechu. Przedmiotów, pokazywanych mu, nie może nazwać właściwem mianem; niektóre tylko nazywa po długim namyśle; rozróżnia jednak, czy dany przedmiot przez kogo innego jest właściwie lub niewłaściwie nazwany. Zapytany o miesiąc i datę urodzenia (19 marca), wylicza najprzód pokolei od początku miesiące i staje na marcu, następnie rachuje od 1 i staje na 19. Przy czytaniu niektóre litery poznaje odrazu, przy niektórych zaś wylicza wszystkie litery abecadła po porządku, aż do właściwej. Czytać nie może. Badanie słuchu wykazuje zupełną głuchotę po stronie prawej. Na zasadzie danych, wyżej przytoczonych, autor przyjmuje zmianę chorobową, usadowioną po stronie lewej i zajmującą ośrodek mowy i ośrodek słuchu. Podstawą zmian chorobowych, zdaje się, jest kiła. *Dr. Zalewski.*

Prof. Riedel: **Przyczynki do patogenezy i rozpoznawania napadów kolki w przebiegu kamicy żółciowej.** *(Mitteil. a. d. Grenzgebiet.*, T. III, Str. 168 i n.). Na stu przeszło stronach stylem barwnym i żywym kreśli R. swe poglądy, dotyczące powstawania w tytule wymienionej kolki. Poglądy te, odmienne wielokrotnie od ogólnie przyjętych, i wygłaszane już parokrotnie dawniej, oparł autor na spostrzeganiu materyału niezwykle bogatego, gdyż obejmującego prawie dwie setki chorych, operacyjnie leczonych, i to leczonych z bardzo pomyślnym wynikiem, gdyż odsetek śmiertelności nie przekracza 2%. Tak pomyślne wyniki zawdzięcza autor między innemi i tej okoliczności, że operacyę wykonywał na ludziach ubogich, nie mających ani czasu ani środków na długie leczenie się środkami wewnętrznymi, zatem operował w początkach cierpienia. U chorych wysoko w społeczeństwie położonych częściej (odsetkowo) po operacyi, jak się to powszechnie mówi, a prawdziwie mimo operacyi następowało zejście śmiertelne, a wtedy dzienniki piszą z patosem „i znów jedna więcej ofiara następstw operacyi etc.“. A nie wspominają o tem, że ów nieszczęśliwiec, czy też nieszczęśliwa, zgłosiła się do chirurga dopiero „po bezskutecznem i zupełnem wyczerpaniu skarbca środków wewnętrznych“. Tak przecież nakazuje przeciętnie każdy podręcznik!

Streszczając zaś rzecz właściwą dokonać tego można w następujących kilku zdaniach:

1) Jak długo przewód pęcherzykowy (ductus cysticus) jest drożnym, kamienie choćby duże i luźne, pozostające w woreczku żółciowym, żadnych dolegliwości nie sprawiają.

2) Gdy kamyk o większych rozmiarach usadowi się (bez zaklinowania) w szyjce pęcherzyka żółciowego, powstaje jego opuchlina (hydrops). Opuchlina taka wyjątkowo zdarzyć się może i wówczas, gdy zapalny obrzęk błony śluzowej woreczka przejdzie i zwęzi przewód pęcherzykowy.

3) W tym dopiero okresie z przyczyn nam nieznanych powstać może nagle zapalenie woreczka, zajętego opuchliną, stanowiące tak zw. napad kolki żółciowej, napad „bezskuteczny“, gdyż stosunkowo duży kamyk, tkwiący w szyjce pęcherzyka, nie da się przesunąć do jelit.

4) Następstwem zapalenia woreczka jest wysięk a) surowiczy, b) surowiczo-ropny, c) ropny. We wysiękach ropnych zawsze spotykano drobnoustroje. Wysięk surowiczy zawsze, ropny czasami, ustępują bez śladu. Częściej jednak zaropienie się szerzy, powstają ropnie przerzutowe, ogólne zakażenie itd.

5) W 10% tych „bezskutecznych“ napadów spotykamy żółtaczkę, skutkiem zapalnego obrzęku błon śluzowych w drogach żółciowych.

6) Gdy kamyk, usadowiony w szyjce pęcherzyka, jest dostatecznie mały, może zostać przepchanym przez przewód pęcherzykowy i dalej, siłą nań wywartą przez ciśnienie wysięku. Wtedy do bólów, skutkiem zapalenia, przyłącza się ból z zaklinowania kamyka.

7) Gdy kamyk zaklinuje się w przewodzie pęcherzykowym, napad bólów po pewnym czasie ustępuje. Bo po ustąpieniu zapalenia, wysięk surowiczy i jałowy ulega wessaniu, a przewód pęcherzykowy przyzwyczaja się do obecności intruza.

8) Kamyk dostatecznie mały siłą parcia wysięku, działająca nań od tyłu, przedostać się może aż do przewodu żółciowego i tu uledz zaklinowaniu. Wtedy zawsze powstaje żółtaczka i cierpienie miejscowe uogólnia się.

9) Wtedy ilość wysięku wzmódz się może i w 10% przypadków kamyk przedostaje się aż do jelita i cała sprawa chorobowa ustępuje prawie nagle. W stolcach spotykają się wówczas kamienie żółciowe. Kamyki bardzo małe przejść mogą całą tę drogę, nie sprowadzając żółtaczki.

10) O wiele częściej jednak kamyk pozostaje w przewodzie żółciowym (ductus choledochus) i znów, pomimo tej okoliczności, napady bólów i żółtaczka ustąpić mogą bez śladu, gdy przewód żółciowy rozszerzy się dostatecznie, tak, aby obok kamyka żółć przechodziła do jelit.

11) Zwykle jednak po niedługim czasie napad bólów, czyli nowy nawał zapalny się powtarza. Kamyk może wtedy siłą wysięku być przepchniętym do jelit, a inny dostaje się na jego miejsce. Gra taka bez poważnego niebezpieczeństwa dla życia chorego powtarzać się może tak długo, jak długo wysięk jest surowiczym i jałowym.

12) Gdy jednak w wysięku pojawią się drobnoustroje, stanie się on ropnym, a jednocześnie występuje niebezpieczeństwo dla życia i rokowanie, jakiemkolwiekby było postępowanie lekarza, staje się bardzo niepomyślne.

Autor nie zaprzecza, że pęcherzyk żółciowy i przewody czynnie wyzbywać się mogą kamyków, w nich tkwiących. Dzieje się to jednak tylko wtedy, gdy kamyki są dostatecznie drobne i dzieje cicho, niepostrzeżenie i bez zaburzeń. Gdy wystąpi kolka, tam jest już i zapalenie. Tę odmianę zapalenia nazywa autor z greckа po łacinie *perialienitis*, to jest zapalenie, powstające wokoło ciał obcych. Cały szereg spraw analogicznych przytacza R. Przyznaje jednak otwarcie, że istota takiej „perialienitis“ jest mu zupełnie nieznaną,

a hipotez bałamucących tylko i opóźniających wykrycie istotnej prawdy, stawiać nie chce. *Herman.*

Dr. Biehl: **Leczenie starych ubytków bębenka** (*Wiener kl. Wochenschrift*, 1898, Nr. 12). Zastanawiając się nad leczeniem starych ubytków błony bębenkowej, autor przyznaje, że wogóle leczenie jest trudne. Zachęcony przez publikacye Okuneffa, Gomperza, Barnicka, Alta, którzy mieli dobre wyniki, przypalając brzegi takich ubytków kwasem trójchlorooctowym, autor użył tego sposobu w 12 przypadkach. Co do sposobu stósowania, to autor używał rozczynów od 10 do 50%; inni używają kryształków; w jednym i drugim razie przyżega się brzegi ubytku. Przyżegania robi się co 8 dni, mniej więcej.

Z 12 przypadków, leczonych przez autora, wyleczonych zostało w stosunkowo krótkim czasie 8. Autor poleca gorąco ten sposób leczenia. *Dr. Zalewski.*

Cruz G.: **Badania nad zatruciem gazem świetlnym** (*Ann. d'hyg. publ. et de médecine légale*, 1898, Nr. 5). Zmierzając do stanowczego rozwiązania zagadnień, związanych z rozpoznaniem otrucia gazem świetlnym zapomocą badania krwi, wybrał C. drogę, najpewniej do celu wiodącą, mianowicie bezpośredni rozbiór gazów krwi zwierząt zatruwanych. Praca wykonaną została pod kierunkiem i w pracowni Ogiera, znanego z poważnych prac w zakresie analizy gazów. C. wyciągał gazy ze krwi w próżni i starał się oznaczyć ich jakość i ilość, zwracając uwagę przedewszystkiem na etylen i formen, jako jedne z najważniejszych domieszek, znajdujących się w gazie świetlnym. Wyniki pracy streszczają się w następujących wnioskach: we krwi zwierząt zatrutych gazem świetlnym znajdują się zawsze węglowodory, jednak w bardzo małych ilościach. Zapomocą iskry elektrycznej można te węglowodory zamienić w acetylen, dający właściwy odczyn nawet w bardzo małych ilościach z solami zasadowemi miedzi. We krwi zwierząt, zatruwanych czadem węgli lub koksu, nie można nigdy wykryć ani śladu węglowodorów. Autor sądzi, że dane te dadzą się wyzyskać dla rozróżnienia zatrucia czadem od zatrucia gazem świetlnym także u ludzi. *Dr. Ciechanowski.*

E. Bennecke: **W sprawie gwałtownego odprowadzania uwięzgniętej przepukliny** (*Berl. klin. W.*, Nr. 12, 1898). Do licznych znanych i odstraszających przypadków, w których zbyt gwałtowne odprowadzenie uwięzgniętej przepukliny pociągnęło za sobą smutne następstwa, dodaje Bennecke z własnej obserwacyi jeszcze jeden.

Przywieziono do kliniki 41-letniego mężczyznę, u którego lekarz przed dwoma dniami, po dwugodzinnem uwięzgnięciu, odprowadził w narkozie prawostronną przepuklinę wśród znacznych wysiłków. Odtąd ma chory bóle w podbrzuszu prawem, a objawy niedrożności jelit trwają nadal. Lekarz początkowo uspokajał chorego, a po 2 dniach skierował do kliniki. Tu znaleziono, obok zapadu, stłumienie i większą oporność w podbrzuszu prawem, wypuklenie prawego kanału pachwinowego, w mosznach mały guzek, dający się wsunąć do kanału pachwinowego. Brama przepuklinowa drożna dla 2 palców. König poprowadził cięcie długie równoległe do więzu Pouparta. Po przecięciu ścian brzusznych, dostał się do jamy, z której wydobywały się cuchnące gazy i płynny kał, — nadto leżała tam pętla ciemno czerwona, długości 40 ctm. Przestrzeń ta oddzielona była od jamy brzusznej przez cienką błonę. Dla wyjaśnienia sobie sytuacyi przedłużono cięcie na moszna i odsłonięto worek przepuklinowy, poczem okazały się następujące stosunki: blizko zewnętrznego ujścia kanału pachwinowego przyrośnięty kawałek sieci, dalszy jej ciąg idzie do kanału pachwinowego i przez otwór w ścianie kanału, wchodzi do wyżej opisanej jamy, ograniczonej przez ścianę brzuszną i powięź poprzeczną (fascia transversa), — tworząc tu rodzaj kieszonki, poczem biegnie z powrotem do kanału pachwinowego i dalej do jamy brzusznej. W kieszonce tej sieci leży kilkakrotnie zagięta pętla, nie uciśnięta ani w kanale pachwinowym, ani w otworze prowadzącym do opisanej jamy, a dopiero w ujściu wewnętrznem kanału pachwinowego. Po rozszerzeniu pierścienia i przepłókaniu jamy, musiano jelito na przestrzeni 45 cm. resekować, nie zeszyto go jednak ze względu na stan groźny chorego, tylko ułożono końce jelita na zewnątrz. Wytamponowano gazą. Dnia następnego chory umarł. Opatrunek przesiąknięty kałem. Sekcya potwierdziła rozpoznanie. *Dr. B. Wojciechowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Bensojodhydrinum (C_3H_5) ClJ ($C_7H_5O_2$). Jest to masa żółto-brunatna, tłusta, w alkoholu i eterze rozpuszczalna, a nierozpuszczalna w glicerynie; przy 100°C. wrze, przyczem jod się oddziela. W handlu sprzedają ją zmięszaną z cukrem: łyżeczka tej mieszaniny, zawiera 0·13 bensojodhydriny, co odpowiada 1 gr. jodku potasu.

Ponieważ środek ten nie wywołuje zatrucia jodem, a działa dobrze, poleca go Chenal w zastępstwie zasadowych soli jodu. Zapisuje się:

Rp.: *Bensojodhydrini saccharati 100·00*
Dentur ad vitrum.
Ds.: *1—2—4 łyżeczek pełnych przez dzień zażyć.*

Brenzcainum (eter guajacolbenzylowy); bezbarwne kryształy, w alkoholu i eterze rozpuszczalne, stósowane przez Marcusa do miejscowych znieczulań. Dawki takie same, jak połączeń gwajakolu.

Bromalinum purissimum, środek lepszy od bromku potasu, gdyż nie wywołuje objawów ubocznych,

Calcium chloratum, środek polecany przez Wright'a celem usuwania pokrzywki i gęsiej skóry. Działanie jego polega na tem, że zwiększa on krzepliwość krwi, której zmniejszenie ma wywoływać wspomniane choroby. By zaś nie zmniejszyć zdolności krzepnięcia krwi, poleca autor dawki początkowe zmniejszać z 1·80, 3 razy dnia, po dniach pięciu na 0·6, a potem nawet na 0·3, 5 razy dziennie.

Calcium permanganicum, związek nadający się do wyjałowienia wody. W tym celu na litr źródlanej wody potrzeba 20 mgr., a na litr rzecznej wody 40 mgr. nadmanganianu wapna. Nadmiar użytego środka barwi wodę na różowo, co usunąć można przesączając wodę przez dwutlenek manganu i węgiel.

Calcium sulfuratum, środek używany już dawniej przeciw influenzy, polecany świeżo w zapalnych chorobach dróg oddechowych. Podaje się w pigułkach, po 0·06 zawierających.

Captolum jest połączeniem zgęszczonem formaldehydu z chloralem, a przedstawia się jako proszek ciemno-brunatny, hygroskopijny, trudno w zimnej wodzie, łatwiej w ciepłej i alkoholu rozpuszczalny. Używany jako skuteczny składnik wody do zmywania głowy, przeciw nadmiernemu wydzielaniu gruczołów łojowych, a więc i przeciw wypadaniu włosów.

Zapisuje się:

Rp.: *Captoli*
Chlorali hydrati
Acidi tartarici aa 1·00
Olei Ricini 0·50
Spir. vini (65%) 100.00
Ess. fl. aeth. q. s. ad odorem
S.: *1—2 razy dziennie zmyć głowę.*

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

VII.

Z rozprószonych spostrzeżeń, o jakich w ostatnich czasach wspomniano w wykładach klinicznych i w towarzystwach naukowych, zdaje mi się być godnym wzmianki

przypadek Brissauda, przedstawiany na wykładzie, w którym to przypadku B. rozpoznał rozsiane stwardnienie rdzenia na tle ołowicy. 53-letni chory, zajmujący się od lat 16 rzemiosłem malarskiem, miał w 38 r. życia napad dny ołowiczej. Zaraz potem rozwinęła się drżączka, nosząca poczęści cechę drżączki przy stwardnieniu rozsianem (wzmaganie się przy ruchach zamierzonych), poczęści drżączki porażennej (choroba Parkinsona: drżenie rąk w spoczynku). B. wyklucza zwykłą drżączkę ołowiczą, która chyba wyjątkowo ma się utrzymywać przez tak długi okres czasu i zawsze ma się łączyć ze znieczuleniami, których w danym przypadku niema; wyklucza też B. chorobę Parkinsona, która po tylu latach powinnaby znacznie osłabić siły chorego, czego również stwierdzić nie można. Natomiast za rozsianem stwardnieniem przemawiałyby, zdaniem B., inne jeszcze objawy, przedewszystkiem dość znamienny chód chorego.

Dotychczas sądzono, że nerw twarzowy bywa zajęty w porażeniach dziecięcych („paralysie infantile“ tak zw. „spinale“) tylko bardzo wyjątkowo, a może nigdy. Wbrew temu zapatrywaniu zdołał Béclère (S. m. H.) stwierdzić porażenie obwodowe (obu gałązek) lewego n. twarzowego u 18-miesięcznej dziewczynki, które należy, jego zdaniem, zaliczyć do porażeń dziecięcych, ponieważ wystąpiło ono nagle, wśród objawów ogólnych u dziecka, którego starsza siostra na tydzień przedtem nabyła typowego porażenia dziecięcego; oba więc przypadki naprowadzają na myśl, że zachorzenia miały charakter epidemiczny i że, zależąc od tych samych przyczyn zakaźnych, należą do jednej gromady chorobowej. Przy tej sposobności wspomniał Guinon o nagminnem występowaniu porażeń dziecięcych, które zdaje się częściej zdarzać, niż się przypuszcza. Sam G. spostrzegał w ciągu 7 tygodni 12 takich przypadków. Wybierając jeszcze, co ciekawsze, z luźnych spostrzeżeń, wspomnieć wypada o porażeniu n. wstecznego (recurrens), przedstawionem przez Lermoyeza (S. m. H.). Powstało ono w dzieciństwie (przed 27 laty), po przebyciu odry. Chora nie cierpi na duszność i wogóle ma się dobrze, jedynie głos jest dwutonowy, a w czasie nieżytów górnych dróg oddechowych pojawiają się napady gwałtownego kaszlu, jakby krztuścowego. Opierając się na wynikach wypukowych i przysłuchowych, sądzi L., że przyczyną porażenia jest ucisk nerwu przez gruczoły chłonne oskrzelowe po stronie lewej, które powiększyły się po odrze. Nie krępując się żadnym porządkiem, wspomnę jeszcze o ciekawem spostrzeżeniu, które ogłaszają Dejerine i Theohari (S. B.). O ile mianowicie dobrze znanym był fakt, że w przypadkach porażeń dziecięcych mózgowych i ostrej dziecięcej „poliomyelitis anterior“ rozwój części kostnych w porażonych kończynach jest upośledzony, o tyle nie znano dotąd wcale zaniku kości w przypadkach porażeń u dorosłych. Pierwszy taki przypadek widzieli właśnie D. i Th. u 45-letniej kobiety, dotkniętej porażeniem połowiczem prawych kończyn, przedewszystkiem górnej, przed 18 laty. Obok części miękkich uległy zanikowi kości górnej prawej kończyny, przyczem, o ile wnosić można z badania promieniami Röntgena, tkanka kostna uległa pewnego rodzaju rozrzedzeniu.

Z arsenału środków leczniczych, związanych przedewszystkiem z chorobami nerwowemi, radby Jaccoud przenieść elektroterapię na szersze pole medycyny wewnętrznej. Między innymi zaleca on bardzo ten środek w swoich wykładach dla leczenia moczówki cukrowej, dopatrując się wyników korzystnych po zastosowaniu prądu stałego wstępującego na stos kręgowy. Zresztą uważa Jaccoud w moczówce kwas arsenawy we wzrastających dawkach za nader cenny środek przeciw wyniszczeniu, któremu zapobiegać ma także, według jego zdania, w przypadkach szczególnie groźnych, podawanie gliceryny; korzystnego działania na sam cukromocz dopatruje się Jaccoud w stosowaniu makowca i wdychiwań tlenu.

Potrąciwszy o medycynę wewnętrzną, niech mi będzie wolno wspomnieć mimochodem o dwóch szczegółach, dotyczących zrostów osierdziowych, na które zwrócili uwagę Gilbert i Garnier (S. B.). Jednym z nich jest współczesne istnienie zrostów osierdziowych ze zrostami okołowątrobowymi, które G. i G. pragną uważać za odrębną gromadę chorobową, dotychczas etyologicznie ciemną, klinicznie wcale prawie nie scharakteryzowaną, a które spostrzegali oni dotychczas w 11 przypadkach. Drugim szczegółem jest dość ciekawe spostrzeżenie, w którem za życia przypuszczano zwężenie zastawki dwudzielnej, a po śmierci znaleziono tylko rozległe zrosty osierdziowe ze zwapnieniami u podstawy komórek. Zmiany te, przeszkadzając skurczowi komórek, wywołały, zdaniem G. i G., nieprawidłowo przedłużony skurcz (systolę), a w następstwie przedłużenie małej pauzy, co razem z pojawianiem się szmeru przedskurczowego obok tonu, dawało za życia obraz tak zw. „bruit du rappel“. W zakresie chorób narządu krążenia podał Rendu (S. m. H.) zajmujące spostrzeżenie, w którem sekcya wykryła oderwanie nitek ścięgnistych mniejszego płatu zastawki dwudzielnej bez znanej przyczyny, za życia zaś rozpoznawano niedomogę zastawki dwudzielnej. Podobne spostrzeżenie, dotyczące większego płatu, podał Deguy w imieniu Hucharda (S. m. H.); i tu także za życia nieprzypuszczano oderwania nitek, rozpoznawano tylko wady obu zastawek lewego serca na tle przewlocznych zmian śródsierdzia, co zresztą sekcya potwierdziła. Na tem samem posiedzeniu przedstawiał Petit przypadek wrodzonego przemieszczenia serca na stronę prawą, wykazanego, oprócz zwykłego badania fizycznego, także zapomocą fonendoskopu i radiografii. Odwrotny kierunek osi serca, przebieg tętnicy głównej, brak jakichkolwiek zmian w opłucnej dowodziły stanowczo, że zmiana jest wrodzoną.

Pod nazwą „microsphygmie permanente“ chciałby Variot (S. m. H.) odróżniać drobne tętno, stale się utrzymujące, niezależne od zmian serca, stwierdzone przez siebie u dwojga dzieci, dotkniętych według wszelkiego prawdopodobieństwa niedokształtem wrodzonym tętnic. Rendu zauważył, że skoro, jak sam V. stwierdza, to drobne tętno jest wynikiem niedokształtu tętnic, to niema powodu obmyślać mu nowej nazwy. Z podobną, ale ostrzejszą jeszcze krytyką spotkała się proponowana dawniej przez Dieulafoya nazwa „chloro-brightisme“, związana również ze sprawą niedokształtu tętnic. Opierając się z jednej strony na związku niedokrewności z tą wadą rozwojową naczyń, przypuszczanym przez Virchowa, z drugiej na zapatrywaniach, pokutujących jeszcze gdzieniegdzie we Francyi, a przypisujących wrodzonej wązkości naczyń znaczną rolę przyczynową w marskości nerek, wymyślił Dieulafoy ową nazwę, o tyle gorszą od pomysłu Variota, że nie odpowiada jej żadna rzeczywistość, ani kliniczna, ani anatomopatologiczna. Zaznaczyli to zgodnie Moutard-Martin, Rendu i Hayem (S. m. H.), których przemówienia są także wyrazem zwrotu w poglądach na związek marskości nerek z niedokształtem naczyń. Wszyscy trzej, przytaczając przypadki, w których zmiany te ze sobą się zbiegły i stwierdziwszy w swoich spostrzeżeniach zapalne pochodzenie zmian nerek, oświadczyli się przeciw związkowi przyczynowemu obu wspomnianych spraw.

Pomijając pracę Carnota (S. B.), który przyczyny zwyrodnienia włóknistego trzustki szuka w zatrzymaniu wydzieliny, lub też w zakaźnych, odśrodkowo postępujących, sprawach zapalnych, zwrócono w ostatnich czasach znowu nieco więcej uwagi na marskość narządów wewnętrznych, w szczególności wątroby. Z jednej strony zajmowała się przyczynami tego cierpienia Akademia lekarska, a z przemówień Rochego, Rendu, Vallina, Lancereaux i Hayema zdawałoby się wynikać, że część lekarzy francuskich dopatruje się związku pomiędzy częstością i rodzajem marskości wątroby, a rodzajem używanych napojów wyskokowych; wogóle zaś krajowe lekkie wina uważane są często, jak się zdaje, za mniej pod tym względem szkodliwe, niż inne napoje. Rozprawy nie doprowadziły do żadnych stanowczych ogólniejszych wniosków, dlatego nie streszczam ich szczegółowiej. Z drugiej strony roztrząsano w „Société de

biologie" tak zw. „cirrhose biliaire hypertrophique (avec ictère chronique)", postać wyodrębnioną przez Hanota. Boix, stwierdziwszy w swoich przypadkach zawsze obrzęk śledziony, pojawianie się choroby częstsze w obrębie pewnych rodzin, i w okolicach zimniczych, sądzi, wbrew zdaniu Gilberta i Fourniera, a zgodnie z przypuszczeniem Hanota i Kienera, że ta sprawa chorobowa jest poniekąd swoistą, a przynajmniej zależną od swoistego zakażenia, nie zaś od spraw zakaźnych wątroby rozmaitego pochodzenia. W odpowiedzi na to starają się Gilbert i Fournier przedstawić „cirrhosis biliaris hypertrophica" z obrzękiem śledziony, jako odrębną odmianę chorobową, spotykaną szczególnie często u dzieci i młodzieży, zaznaczając zresztą, że obrzęk śledziony nie jest niczem swoistem dla postaci Hanotowskiej, lecz, że spotyka się także w innych postaciach marskości wątroby. W całą tę sprawę wprowadza Péron jeszcze większe zamięszanie, opisując przypadek marskości przerostowej wątroby z przewłoczną żółtaczką u kobiety gruźliczej, nałogowej pijaczki. Znalazłszy mianowicie w swoim przypadku gruźlicę prosówkową otrzewnej (owrzodzenia gruźlicze jelit) i wątroby. i nie uwzględniając, że ta ostatnia zmiana mogła się zbiegnąć przypadkowo niejako z marskością, oświadcza P., że gruźlica wątroby może niekiedy przybierać postać marskości przerostowej z żółtaczką i obrzękiem śledziony.

Wspominając o żółtaczce, przy sposobności warto zapisać ostrzeżenie Dastrea (S. B.), odnoszące się do odczynu Gmelina. Ponieważ kw. azotowy wywołuje zabarwienie zielonkawo-niebieskie, podobne do odczynu Gmelina, w obecności alkoholu lub chloroformu, przeto może to być źródłem błędu przy poszukiwaniu barwików żółciowych, o którem należy pamiętać.

W zakresie chemii klinicznej podaje dalej Cordier (Acad. des sc.) sposób, którym posługuje się do ilościowego oznaczania soku żołądkowego, uważając ten sposób za lepszy od używanego we Francyi najczęściej sposobu Hayema i Wintera; sposób ten opiera się na spostrzeżeniu, że z mięszaniny chlorków sodu i litu wyciąga wyskok bezwodny, zmięszany z eterem, wszystek chlorek litu, poczem można nierozpuszczony chlorek sodu wyciągnać zapomocą gorącej wody przekroplonej. Dla oznaczenia ilości wolnego kwasu solnego posługuje się C. miareczkowaniem $^1/_{10}$ normalnym roczynem ługu sodowego, używając za wskaźnik floroglucyny-waniliny.

Oprócz notatki Cordiera odzywali się w sprawie chorób żoładka tylko jeszcze Hayem i Mathieu (S. m. H.). Pierwszy utrzymuje, że przewlekłe podawanie związków zasadowych wzmaga zaburzenia wydzielnicze żołądka w tym kierunku, w jakim one się właśnie rozwijają; i tak, przy wygórowanej kwasocie wywołują alkalia, w szczególności dwuwęglan sodowy, jeszcze silniejszy jej nadmiar; przy zmniejszonej kwasocie zdolne są przeciwnie jeszcze znaczniej ją osłabić. Wobec tego jest Hayem przeciwnikiem długiego podawania zasad przy wygórowanej kwasocie. Mathieu podejmując to zagadnienie, jest wprawdzie zdania, że po pewnym przeciągu czasu znaleźć można wśród podawania dwuwęglanu sodowego tak wysoką kwasotę, jaka była w początku leczenia; mimoto jednak nie należy, jego zdaniem, okoliczności tej zbyt pośpiesznie uogólniać, i pozbywać się jednego ze środków leczniczych zupełnie.

Nakoniec wypada choć pobieżnie wspomnieć, że Meunier stwierdził we wczesnych okresach krztuśca (przed typowymi napadami kaszlu) bardzo znaczną leukocytozę, której pochodzenia na razie nie próbuje jeszcze stanowczo wyjaśniać (S. B.), że d'Arsonval, używając ścisłych metod kalorymetrycznych i stwierdziwszy u zdrowych i gorączkujących noworodków, zależnie od przypadku, bardzo rozmaity stosunek między wynikami kalorymetryi a termometryi, nawołuje do rewizyi teoryi gorączek, (S. B.) i że Guillemonat (S, B), wykrywszy drobne ilości żelaza w smółce (meconium), zastanawia się nad przypuszczeniem, czy składnik ten nie pochodzi z fizyologicznych dezintegracyi, skoro trudno pomyśleć, aby miał inne jakieś źródło. Do oderwanych tych i niezupełnie wyjaśnionych spostrzeżeń nawiążą się zapewne wkrótce dalsze badania, o których wyniku nie omieszkam w danym razie w dalszych listach krótko wspomnieć. *Dr. Ciechanowski.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 18 Sierpnia.

* Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« Dr. A. Kwaśnicki wyjechał na czas krótki z Krakowa. W czasie jego nieobecności czynności redaktora sprawuje zastępczo Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski.

* Od 25 września do 3 października b. r. odbywać się będzie w Belgii V-ty Zjazd międzynarodowy dla hydrologii, klimatologii i geologii

* Towarzystwo lekarskie dolno austryackie uchwaliło za wzorem Towarzystwa lekarzy niemieckich w Czechach domagać się, by w Austryi utworzono ministeryum zdrowia, jako zwierzchnią władzę wszystkich lekarzy, pozostających w służbie publicznej. Uchwała sprzeciwia się stanowczo decentralizacyi władz zdrowia (np. radom powiatowym lub miejskim zdrowia i t. p.).

* W Utrechcie mianowaną została profesorką ginekologii Dr. Katarzyna Gusschenbroek; wszechnica w Texas posiada również jedną profesorkę, w osobie Szwedki, Anny Kindhom, zajmującej katedrę higieny i nauki pielęgnowania chorych.

* Do 10 b. m. bawiło w Szczawnicy 2129 osób.

* Baron de Lenval przeznaczył 90000 rubli na Instytut higieny dziecięcej w Warszawie. Celem instytutu jest »wszczepiać w dzieci praktycznie zasadnicze podstawy higieny, a tem samem krzewić i rozpowszechniać je w ludności«. W tym celu mają, według życzenia hojnego ofiarodawcy, dzieci znaleść w Instytucie: kąpiele i natryski, poradę lekarską wraz z leczeniem ortopedycznem i t. d., udzielanie czystej bielizny i t. p. Budynek z urządzeniem ma kosztować 60000 rubli, 30000 zaś stanowi zawiązek funduszu żelaznego, z którego odsetki iść mają na utrzymanie Instytutu. Zarządzać Instytutem ma Towarzystwo higieniczne.

* W Mödlingu pod Wiedniem stanąć ma pomnik znanego anatoma Hyrtla w ufundowanym przez niego domu sierót.

* Ministeryum spraw wewnętrznych zawiadomiło pod datą 21 lipca b. r. władze krajowe, że ubodzy, jadący do zakładów leczenia wścieklizny w Wiedniu lub w Krakowie, oraz towarzyszące im osoby, mają prawo do zniżenia ceny jazdy III klasą o połowę, jeżeli wykażą się świadectwem ubóstwa. Wyjątkowo mogą władze kolejowe przyznać bardzo ubogim prawo jazdy bezpłatnej.

Mianowania i odznaczenia: Dr. Karol Švehla mianowany docentem pediatryi w uniw. czeskim w Pradze.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 33): Ciechanowski: Rozdział antymonu pomiędzy narządy ustroju w doświadczalnem otruciu emetykiem. Tryjarski: Przypadek syringomyelii. W *Medycynie* (Nr. 33): Biro: O chorobie Landryego. Sacewicz: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.). W *Kronice lekarskiej* Z. 15: Sędziak: Z kazuistyki laryngo-rynologicznej.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Polak: De la valeur hygiénique du pavage en bois. Bruksela, 1898.

— Dr. Z. Kadler: O środkach ochronnych od chorób wenerycznych. Wydanie II. Warszawa, 1898. Nakład Dubowskiego & Gajewskiego.

— Dr. O. Körner: Die Hygiene des Ohres. Wiesbaden, 1898. Nakład J. F. Bergmana.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Ciechanowski.**

Do numeru dzisiejszego dołącza się **wykład Profesora Reclus o Eukainie „B".**